

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON

LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu

– **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcji narządu ruchu – zdolność poruszania się:

samodzielnie, za pomocą kuli/kul, za pomocą balkonika,

na wózku inwalidzkim, osoba leżąca,

osoba mająca protezę kończyny, jakiej:

dysfunkcji narządu wzroku,

innych dysfunkcji mających wpływ na samodzielne poruszanie się:

2. Informacje o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

3. Ww. osoba ma następujące trudności/bariery architektoniczne w funkcjonowaniu w życiu codziennym:

.....
.....
.....

4. Ww. trudności/bariery mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez dokonanie następujących działań (zakup/przystosowanie):

.....

5. Uzasadnienie celowości zakupu przedmiotu/przystosowania np. pomieszczenia oraz jego wpływ na poprawę funkcjonowania w życiu codziennym osoby niepełnosprawnej:

.....
.....
.....
.....
.....

6. Czy schorzenie/dysfunkcja ma charakter stały/czasowy (proszę uzupełnić):

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza

UWAGI:

Niniejsze zaświadczenie nie jest dokumentem decydującym o sposobie rozpatrzenia wniosku.

¹ załącznik do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, ważny od 1 stycznia 2016r./bez zmian od 2017 roku